

УДК 323:351[77+858] : 37.014.5

Н. О. РИНГАЧ,

доктор наук з державного управління, старший науковий співробітник,
головний науковий співробітник, Інститут демографії
та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України



Т. О. ЛУКІНА,

доктор наук з державного управління, професор,
професор кафедри управління освітою,
Національна академія державного управління при Президентові України



Освіта як детермінанта здоров'я в політиці України: орієнтири на шляху досягнення цілей сталого розвитку у світлі Мінської декларації

У статті на основі аналізу даних зарубіжних і вітчизняних досліджень простежено зв'язок між рівнем освіти та показниками здоров'я. Проведено контент-аналіз Мінської декларації

© Рингач Н.О., Лукіна Т.О., 2016

“Охоплення всіх етапів життя у контексті політики Здоров'я–2020” з позиції розгляду ролі освітньої складової. Визначено причини невідомості державної політики у сфері освіти в Україні в питаннях впливу на поліпшення показників здоров'я та тривалості життя населення.

Ключові слова: соціальні детермінанти здоров'я, освіта, Мінська Декларація, державна політика у сфері освіти.

RYNGACH N. A.,

Doctor of Science Degree in Public Administration/Governance, Principal Researcher, Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine,

LUKINA T. A.,

Doctor's Degree of Science in Public Administration, Professor, Professor of Education Management Chair, National Academy of Public Administration, Office of the President of Ukraine

EDUCATION AS DETERMINANT OF HEALTH IN POLICY OF UKRAINE: ORIENTATIONS TOWARDS ACHIEVING GOALS OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN THE LIGHT OF MINSK DECLARATION

In the article on the basis of foreign and domestic research data traced the link between level of education and health indicators. It carried out a content analysis of the Minsk Declaration "Coverage of all stages of life in the context of the Health 2020 policy" from a position of considering the role of the educational component. The reasons of inefficiency of the education policy in Ukraine in matters of impact on improving health outcomes and life expectancy.

Key words: social determinants of health, education, Minsk Declaration, public policy in education.

РЫНГАЧ Н. А.,

доктор наук государственного управления, старший научный сотрудник, главный научный сотрудник, Институт демографии и социальных исследований имени М. В. Птухи НАН Украины

ЛУКИНА Т. А.,

доктор наук государственного управления, профессор, профессор кафедры управления образованием, Национальная академия государственного управления при Президенте Украины

ОБРАЗОВАНИЕ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ЗДОРОВЬЯ В ПОЛИТИКЕ УКРАИНЫ: ОРИЕНТИРЫ НА ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ В СВЕТЕ МИНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

В статье на основе данных зарубежных и отечественных исследований прослежена связь между уровнем образования и показателями здоровья. Осуществлен контент-анализ Минской декларации "Охват всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020" с позиции рассмотрения роли образовательной составляющей. Определены причины неэффективности государственной политики в сфере образования в Украине в вопросах влияния на улучшение показателей здоровья и продолжительности жизни населения.

Ключевые слова: социальные детерминанты здоровья, образование, Минская декларация, государственная политика в сфере образования.

Постановка проблеми. Загальновізнаним є факт детермінованості кращого здоров'я і довших років життя людини з вищим рівнем освіти. Доведено, що вплив розвитку в перші роки життя на подальше соціальне та економічне благополуччя, здоров'я та інші показники посилюється обсягом і якістю освіти [6]. Проте освіта не може виступати ізольованою і безперечною детермінантою, не слід забувати про піраміду за Маслоу (Maslow) – в основі ієрархії найбільш насущні (передусім фізіологічні) потреби людини. Забезпечення базових потреб дає змогу людям навчатися, домагатися економічного успіху і реалізовувати свій творчий потенціал.

Однак у сучасній Україні вивчення впливу детермінанти освітнього рівня на тривалість життя сьогодні утруднено через вилучення в 90-х рр. відповідної графі в акті про смерть, що унеможливорює регулярне повне відстеження інформації. Як зазначив Є.Андрєєв [10], експерт Центру демографічних досліджень Російської школи економіки, у Росії також залежність між тривалістю життя і рівнем освіти востаннє фіксувалася в 1998 р. – пізніше за

рішенням Держдуми пункт про освіту був виключений з актів цивільного стану. Зміни соціально-економічного та соціально-гуманітарного характеру, що відбуваються останнім часом в Україні, зумовлені впливом державної політики в різних сферах, у тому числі і в освітній, що й визначає актуальність цього дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вищий рівень освіти зазвичай асоціюється з довшим життям: найнижча смертність спостерігається в групі з вищою освітою, суттєво підвищується зі зниженням освітнього рівня. Фінським ученим Т.Валконеном ще в минулому сторіччі було доведено: для чоловіків 35–54 років у скандинавських країнах та Угорщині, Англії й Уельсі на кожен додатковий рік навчання плюсується восьмивідсоткове зменшення смертності [7].

Дослідники з Організації економічного співробітництва та розвитку в доповіді Health at a Glance (2015) зазначили, що чоловіки з вищою освітою з країн ОЕСР у середньому живуть на вісім років довше, ніж ті, які закінчили тільки середню школу [3] (для жінок подібна відмінність становить лише чотири роки). Максимальний вплив рівня освіти на тривалість життя чоловіків спостерігається в країнах Центральної та Східної Європи. Так, у Чехії різниця досягає 18 років, в Естонії – 15 років, а в Болгарії – 12 років. На протилежному кінці рейтингу перебуває Італія, Швеція та Португалія, де розрив менший та становить лише чотири роки. Для жінок тривалість життя сильніше залежить від освіти в Естонії (різниця у вісім років), Болгарії (п'ять з половиною років) та Чехії (п'ять років), а найменше – в Італії та Португалії (два роки), а також у Швеції (три роки). На думку фахівців, одним із пояснень такої закономірності є відносно рідше вживання людьми з вищою освітою тютюну і алкоголю. Зазначено, що найвищими показниками ожиріння є серед європейців із найнижчими рівнями освіти [6].

Яскравим прикладом є той факт, що найбільшою мірою криза смертності, що спостерігається останнім десятиріччям ХХ ст. у країнах колишнього Радянського Союзу, торкнулася переважно чоловіків із соціально уразливих груп населення з нижчими рівнями освіти. За даними російського вченого В.Школьнікова (2004), у великих російських містах (Москва та Санкт-Петербург) серед чоловіків з вищою та неповною вищою освітою за період 1975–1997 рр. практично не спостерігалось підвищення смертності, цей показник був майже однаковим з аналогічним у містах Північної Європи (Гельсінкі та Осло) [14].

Найбільш виразною для жінок є детермінованість рівнем освіти таких показників, як материнська і дитяча смертність, а також смертність від “керованих” хвороб (наприклад рак шийки матки, своєчасне виявлення і ефективність лікування якого залежить від поінформованості й відповідального ставлення жінки до власного здоров'я, регулярного проходження профілактичних оглядів тощо).

У публікації, яка вже стала класичною, – Чорній книзі (Black-Report) – за результатами фундаментального дослідження соціально-групових відмінностей

у тривалості життя в Англії та Уельсі (1980 р.) зазначено: попри те, що темпи смертності протягом багатьох років безперервно знижувалися для обох статей у всіх соціальних верствах упродовж життя, для чоловіків і жінок професійного прошарку V (некваліфіковані працівники, з мінімальним рівнем освіти) ризик померти до досягнення пенсійного віку був у 2,5 раза вищим, ніж для людей професії I (самостійні, з вищою освітою).

Також відомі результати іншого британського дослідження, на цей раз виключно так званих “білих комірців”. У 10-річному лонгitudному дослідженні (Whitehall-study) вказано, що було обстежено 17,5 тис. лондонських працівників громадських служб чоловічої статі у віці від 40 до 64 років. Було досліджено ризик передчасної смертності, у тому числі від окремих причин смерті відповідно до їх службового становища (усіх було розбито на чотири професійні статусні групи: “адміністративна” – керівники установ; “професійна/керівна” – особи з вищою освітою, менеджери середнього рівня; “канторська” – прості канцелярські службовці; “інші”: кур’єри, некваліфіковані виконавці). Результатом Whitehall-study став яскраво виражений зв’язок між статусом і смертністю. Градієнт смертності послідовно і чітко зростав від вищого рівня зайнятості до найнижчого рівня, представники якого порівняно з “адміністрацією” мали втричі вищі темпи смертності [5].

Це досить унікальне дослідження за вибором однорідної групи. Вивчена в Whitehall-study популяція складалася виключно з працівників громадських служб, головним чином однієї етнічної належності, з одним роботодавцем, перебувала в обмеженому географічному просторі, відрізнялася гарантованою зайнятістю і не піддавалася впливу жодних фізичних і хімічних шкідливих факторів, часто характерних для роботи на виробництві. Ці гомогенні ознаки всієї популяції дослідження протипоставляються відмінностям між чотирма статусними групами, а саме: розміру заробітної плати та задоволеності працею, можливостям впливу на трудовий процес, якості службових зв’язків і рівнем активності поза роботою.

У національному Мультиіндикаторному кластерному обстеженні домогосподарств досліджено становище дітей та жінок за програмою, розробленою Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ), де вивчалися, серед іншого, відмінності в рівнях дитячої смертності залежно від соціально-економічних характеристик. Виявилось, що найбільша різниця спостерігалася залежно від рівня освіти матері. Так, імовірність не дожити до першого дня народження дітей матерів з вищою освітою істотно (більш ніж у 4 рази) нижча, ніж дітей матерів із середньою¹ [16, с. 51].

У репрезентативному опитуванні домогосподарств “Самооцінка населенням стану здоров’я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги”, яке проводить Держкомстат України, відсутнє питання щодо рівня освіти. З масштабних регулярних соціологічних досліджень, що певним чином торкається зв’язку освіти та здоров’я, можна назвати Соціологічний моніторинг

¹ Слід зауважити, що ці дані базувалися на незначній кількості респонденток, які повідомили про факт смерті дитини до року.

“Українське суспільство”, яке з 1992 р. здійснює Інститут соціології НАН України, однак залежність між рівнем освіти і здоров’ям можна простежити лише за низкою фіксованих позицій. Таким чином, вивчення кореляції між освітою і показниками здоров’я потребує спеціальних досліджень.

Метою роботи є аналіз змісту Мінської декларації “Охоплення всіх етапів життя в контексті політики Здоров’я–2020” (далі – Мінська декларація) з позиції розгляду ролі освітньої складової як детермінанти громадського здоров’я та визначення причин недовіди державної політики у сфері освіти в Україні щодо поліпшення показників здоров’я та тривалості життя населення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Здоров’я є капіталом, який являє собою нематеріальне благо тривалого користування, що накопичується і реалізується в часі. Капітал здоров’я може зростати або скорочуватися щодня впродовж усього періоду життя. У житті кожної людини існують певні критичні етапи, на яких з боку держави можуть здійснюватися втручання, що дають змогу максимально збільшити потенціал здоров’я для всього населення. У жовтні 2015 р. у рамках Європейської міністерської конференції було розглянуто фактичні дані, наявні на сьогодні, на підтримку цих тверджень, представлені новітні результати досліджень у сфері енвайроніки (науки про розвиток та вдосконалення суспільства і світу). Мінська декларація була підписана від імені всіх держав-членів в Європейському регіоні ВООЗ Василем Жарко, міністром охорони здоров’я Республіки Білорусь, та директором Європейського регіонального бюро ВООЗ Zsuzsanna Jakab 21–22 жовтня 2015 р. у Мінську (Білорусь). Цією декларацією визнано, що принцип охоплення всіх етапів життя людини є найважливішим кроком у реалізації політики Здоров’я–2020 та виконанні цілей сталого розвитку. Цим важливим документом, який одночасно відповідає реаліям і проблемам сьогодення та відображає прогнозне бачення їх імовірного розвитку на майбутнє та усвідомлення можливих змін у потребах жителів Європейського регіону, окреслено принципи стратегії охорони суспільного здоров’я на найближчий період часу. Відповідно, Україна також має орієнтуватися на принципи, визначені Мінською декларацією, у розробці та реалізації національної соціальної політики в цілому та політики з охорони здоров’я зокрема.

Було наголошено, що траєкторія життєвого шляху людини формується не лише під впливом генетичної і епігенетичної спадщини, внутрішньоутробного розвитку, стану довкілля, турботи й підтримки в сім’ї, у суспільстві, і, нарешті, історичного та структурного контексту. Вона залежить від обраних моделей поведінки і соціальних норм та можливостей (які формуються, серед іншого, під впливом здобутої людиною освіти) та значною мірою передаються в процесі виховання наступним поколінням. При цьому наукові дані засвідчують, що різноманітні й нерівні траєкторії життєвого шляху є проявом реалізації індивідами власних настанов, які певним чином детермінуються обсягами і змістом засвоєних упродовж життя знань, у тому числі й щодо питань здоров’я.

Підкреслено, що чоловіки та жінки, які належать до різних соціальних і етнічних груп, через соціально-економічні, політичні, гендерні та екологічні

чинники (які розрізняються як між країнами, так і всередині країн), можуть опинитися в нерівних життєвих умовах. Частина може прожити довге і щасливе життя, тоді як інші вмирають у більш молодому віці, частіше хворіють, стикаються зі стресом, відсутністю турботи і поганим поведінням у дитинстві, не досягаючи успіхів у навчанні, часто не маючи роботи, переживаючи розпад сім'ї, не маючи достатнього доступу до соціальної підтримки та до особистих і колективних механізмів подолання життєвих труднощів.

Підхід до охоплення всіх етапів життя складається з трьох елементів діяльності: діяти якомога раніше; діяти належним чином по відношенню до перехідних етапів життя; діяти спільно, силами всього суспільства (від місцевої громади до міжнародного співтовариства).

Лаконічним гаслом Мінської декларації стало “Діяти раніше, діяти вчасно, діяти спільно”. Разом ці три компоненти являють собою підхід з урахуванням усіх етапів життя людини. На думку фахівців у сфері суспільного здоров'я, застосування цього підходу в Європі допоможе значно підвищити рівень здоров'я населення.

Більш ґрунтовно спинимося на кожному етапі з позиції розгляду внеску освітньої складової. Загальновизнано, що перші роки після народження людини закладають фундамент для всього подальшого життя, що зумовлює виключну важливість **першої складової**.

Турбота, увага, підтримка для розвитку, правильне харчування і захист із перших днів життя сприяють когнітивному і фізичному розвитку дитини, успіхам у навчанні та в роботі. Усе це разом відкриває перед людиною більше можливостей для самореалізації. Інвестиції в розвиток у ранньому дитячому віці й захист від шкідливого тиску та впливу небезпечних факторів навколишнього середовища на критичних етапах розвитку належать до найбільш раціональних з точки зору витрат і результатів варіантів політики, які тільки існують у розпорядженні урядів. Серед визначених пріоритетних заходів політики та дій у контексті задекларованого принципу є таке:

- надання максимальних можливостей для когнітивного розвитку, пізнання світу і навчання;
- підтримка рівних можливостей у дитячих садках, школах та інших закладах освіти;
- загальна доступність освіти як національного пріоритету, що відображає значення освіти як однієї з найважливіших соціальних детермінант здоров'я.

Другим компонентом проголошено необхідність належним чином діяти по відношенню до перехідних етапів життя. Адже своєчасні та адекватні заходи щодо захисту здоров'я на перехідних етапах життя виступають як інвестиція в майбутнє. Так, наприклад, у підлітковому віці – переході між дитинством і дорослим життям – людина набуває відносно більше особистої незалежності, що надає прекрасну можливість для реалізації відповідних освітніх програм для впливу на такі ключові моменти і рішення підлітку, як час початку статевого

життя і народження дитини, формування або недопущення залежності або ризикованої поведінки, а також набуття життєвих навичок, початок самостійного життя та поява захисних механізмів і здатності відновлюватися після негативних подій або переживань.

Утручання необхідні також для того, щоб впливати на перебіг інших критично важливих етапів життя, пов'язаних із різкими змінами соціальної ролі або статусу особистості. До них належать, серед інших, і перший відрив молодого людини від сім'ї для відвідування перших закладів/установ освіти.

Мінською декларацією визначено такі пріоритетні заходи щодо перехідних етапів життя, що стосуються освіти:

- надання кожній людині загальної та адекватної освіти (зі зведенням до мінімуму відсіву учнів у дитячому та підлітковому віці);
- особлива увага до здорового розвитку в підлітковому віці, з підходами до підвищення захищеності й пристосованості людей із відповідним розвитком знань, умінь, здатності долати труднощі та соціальних навичок і зв'язків із суспільством. Сюди належить розвиток знань і практичних навичок для навчання і перебування в школах та інших установах, де немає місця насильству, в умовах середовища, вільного від тютюну, алкоголю і наркотиків;
- комплексна підтримка здорового дорослішання і старіння, у тому числі шляхом освітньої та профілактичної роботи.

Фахівцями з різних країн було акцентовано увагу на таких питаннях, як принцип охоплення всіх етапів життя не тільки окремої людини, а й співтовариств загалом; ліквідація безграмотності в питаннях здоров'я, можливість пацієнтів відігравати активну роль щодо власного здоров'я тощо.

Ліквідація безграмотності в питаннях здоров'я є одним із пріоритетних завдань на шляху покращання здоров'я населення. На думку Kristine Sorensen з Маастрихтського університету (2015), існують такі основні рушійні чинники грамотності в питаннях здоров'я: розуміння, оцінка і застосування у своєму повсякденному житті інформації, що стосується здоров'я. Рівень грамотності в питаннях здоров'я змінюється не лише з дорослішанням і здобуттям освіти, а й протягом життєвого шляху і перебуває під впливом ситуаційних, соціальних та екологічних детермінант, однією з найважливіших з яких є освітній статус. Фахівці сьогодні закликають до більш всеосяжних дій з ліквідації безграмотності в питаннях здоров'я, убачаючи основними завданнями надання можливості всім людям (і пацієнтам зокрема) відігравати активну роль у збереженні власного здоров'я.

І, нарешті, остання, **третя складова**, – діяти спільно.

У Мінській декларації наголошено на тому, що жодна людина не живе поза суспільством: людей пов'язують між собою їх сім'ї, спільноти і країни. Тому наявна взаємозалежність між життями людей має визнаватися і відповідним чином відображатися в державній політиці – як у межах одного покоління, так і в контексті спадкоємності поколінь.

Визнано необхідність колективних рішень, які мають охоплювати все суспільство – усі сфери державного управління, наукові кола, громадянське суспільство, приватний сектор і засоби масової інформації.

До пріоритетних заходів із реалізації третьої складової віднесено:

- заходи з розвитку або створення здорових (та таких, що сприяють здоров'ю) структур, процесів і середовища в умовах проживання, навчання, праці людей з охопленням усіх етапів життя (дитячих садків і шкіл, місць роботи, кварталів чи міст, будинків престарілих тощо);

- посилення потенціалу працівників охорони здоров'я та систем охорони здоров'я для дій в інтересах людей з координацією роботи з урахуванням індивідуальних і групових потреб, у тому числі з урахуванням рівня освіти конкретних контингентів, ефективним міждисциплінарним підходом;

- багатосекторальні заходи (з обов'язковим залученням освітнього сектору) на підтримку партнерств, політики, програм і координаційних механізмів у сфері охорони здоров'я.

Підписуючи Мінську декларацію та заявляючи про свою прихильність до інтенсивного підходу з охопленням усіх етапів життя до вироблення державної політики та надання послуг, ВООЗ та керівники відомств, що опікуються охороною громадського здоров'я в усьому Європейському регіоні, взяли на себе зобов'язання:

- зробити такий підхід основою для оцінки та моніторингу ефективності політики і програм, для виявлення уразливості й визначення груп населення, які потребують підтримки, з метою вибору і здійснення втручань з високим ступенем ефективності;

- використовувати весь потенціал політики, інструментів і механізмів, уже наявних у розпорядженні, та виконувати зобов'язання, дані в контексті існуючих процесів і структур;

- шукати можливості для подальшого вивчення і постійного вдосконалення механізмів моніторингу й оцінки з подальшою звітністю для організації діалогу та залучення всіх зацікавлених сторін у спільні зусилля зі зміцнення здоров'я, благополуччя та соціальної справедливості.

Хотілося б також підкреслити, що одним із важливих напрямів діяльності, проголошених представниками держав-членів Європейського регіону ВООЗ у Віденській декларації з харчування і неінфекційних захворювань у контексті політики Здоров'я–2020 (2013), стало сприяння покращанню показників здоров'я, серед іншого, і через зміцнення спроможності громадян робити усвідомлений вибір (при цьому враховуючи особливості різних груп населення залежно від віку, статі, рівня освіти), передусім шляхом заохочення до надання споживачам достовірної інформації, поліпшення грамотності в питаннях харчування та здоров'я і розширення прав споживачів [9]. Такі завдання неможливо виконувати без адекватно визначеної державної політики та цілеспрямованого державного регулювання освітньо-профілактичної роботи через систему освіти та охорону здоров'я.

Таким чином, проголошені Декларацією цілі та основні напрями діяльності повною мірою ґрунтуються на статистично підтверджених закономірностях наявного прямого і тісного зв'язку між станом здоров'я, тривалістю здорового життя та освітнім рівнем населення країн світу.

Ще в 1972 р. М.Гросман (M.Grossman) обґрунтував модель інвестицій у здоров'я, у якій визначено кілька шляхів, за допомогою яких засобами освіти можна зміцнити здоров'я, зокрема використовувати те, що люди з більш високим рівнем освіти більше цінують якість і тривалість життя; освіта забезпечує можливість отримання більш високих заробітків, які зменшують витрати, пов'язані з нездоровою поведінкою; більш освіченіші люди мають більше інформації про здорову поведінку і здоров'я [2].

За даними доповіді ПРООН "Цілі тисячоліття 2000–2015 роки", в Україні на належному рівні досягнута мета суспільного розвитку щодо забезпечення якісної освіти впродовж життя. Довгий час Україна зберігає достатньо високі показники в освітній сфері: у 2014 р. загальною середньою освітою охоплено майже 99,6% дітей, вищою – 43,0% молоді [17].

Здавалося б, Україна повинна мати хороші результати щодо тривалості життя та стану здоров'я населення як прояву свідомого грамотного ставлення людей до обраного способу життя, сформованого внаслідок високого рівня освіти. Але реально ситуація в країні інша. Розглянемо кілька яскравих фактів.

Результати порівняльного дослідження динаміки зміни індексів освіти та очікуваної при народженні тривалості життя за більш ніж 30-річний період у різних країнах світу переконливо свідчать про наявність прямої залежності між цими показниками. В Україні при співмірному з іншими країнами зростанні індексу освіти відбувалося зменшення тривалості життя, що відображено в таблиці.

Залежність тривалості життя від рівня освіти (за даними [1])

Країна	Рік 1980		Рік 2013	
	Тривалість життя	Освітній індекс	Тривалість життя	Освітній індекс
Німеччина	73,0	0,59	80,7	0,884
Україна	69,3	0,581	68,5	0,796
Естонія	69,2	0,582	74,4	0,859
Латвія	68,8	0,58	72,2	0,813
Росія	67,4	0,576	68,0	0,796

Зрозуміло, що на тривалість життя людей у різних країнах, у різні історичні періоди по-різному впливають численні чинники, але, незважаючи на відмінності в національному, історичному та територіальному розвитку, усе одно простежуються певні спільні тенденції і закономірності. Так, з 70-х рр. ХХ ст. в європейських країнах чітко визначилася і посилилася з часом розбіжність між центрально-, східно- та західноєвропейськими групами країн: у країнах колишнього соціалістичного табору тривалість життя почала впевнено зростати, а в Україні та Росії скорочуватися попри зростання показників освітнього рівня населення [18, с. 20].

У доповіді ПРООН "Реальне багатство народів: шляхи розвитку людини" (2010) зазначалося, що лише в дев'яти країнах світу очікувана тривалість життя

впала нижче показників 1970-х, причому шість із них – країни Африки на південь від Сахари і три східноєвропейські – Білорусь, Україна та Росія [15]. За оцінками ВООЗ, Україна за очікуваною тривалістю життя посідає 110-те місце з майже 200 країн. Інакше кажучи, якщо рівень смертності в майбутньому не буде змінюватися, то середня тривалість життя дітей, народжених нині в Україні, становитиме 66 років для хлопчиків і 76 – для дівчаток. Це приблизно так само, як у Вірменії, Молдові або Єгипті, більше, ніж у Росії, Узбекистані чи Непалі і менше, ніж в Азербайджані, Білорусі та Албанії [19].

Звернемося до розгляду індексу людського розвитку (ІЛР) як показника, що ілюструє досягнення країни щодо розвитку людини з точки зору стану її здоров'я і довголіття, рівня здобутої освіти та фактичних доходів людини. За 2013 р. ІЛР дорівнював 0,734 (83-тя позиція з 187 країн і територій), за 2014 р. – 0,747 (81-ша позиція в рейтингу). Ці значення показника характеризують Україну як державу з високим рівнем розвитку ІЛР. За період з 1990 до 2013 р. значення ІЛР України постійно зростало в середньому 0,18% на рік [4]. Проте ці дані не дають повної картини щодо характеру соціальних змін за майже чверть століття. На момент набуття Україною незалежності ІЛР був вищий за європейський (0,714 проти 0,701), однак сьогодні він нижчий на 0,31 (0,740 проти 0,771). З 2010 р. Україна поступово втрачає позиції, пересуваючись з 69-ої позиції до 83-ої в 2013 р. Варто наголосити, що складові цього індексу змінюються нерівномірно. Найкращий стан справ з індексом освіти – 0,860 (29-те місце у світі), помітно гірша ситуація зі здоров'ям та довголіттям – 0,760 і доволі критична ситуація з рівнем життя (індекс ВВП) – 0,615 [11].

Додатковий негативний вплив на ситуацію справляє зниження рівня матеріального благополуччя населення України. Зважаючи на різке погіршення рівня оплати праці в Україні за останні два роки та зростання середнього рівня бідності з 23,3% до 59,3% (дані за дев'ять місяців, відповідно, 2013 і 2015 рр.) [13] не можна сподіватися на помітні позитиви в поліпшенні показників розвитку людини, насамперед того, що характеризує очікувану тривалість життя при народженні. За даними МВФ, на тлі загальносвітової тенденції зниження ВВП на душу населення за останні два роки (середнє в 2014 р. значення у світі з 15147 дол. США зменшилося до 10023 дол. США в 2015 р.) ситуація в Україні погіршилася в 3 рази: ВВП на душу населення в цей період з 8668 дол. США зменшився до 2109 дол. США. Аналогічна ситуація спостерігається також і в Росії (спад ВВП з 24805 дол. США до 8447 дол. США на душу населення), певне зменшення цього показника є характерним для країн ЄС [8]. Проте не можна все пояснювати лише за рахунок економічної кризи у світі, тому що деякі розвинені країни, які не є членами ЄС (наприклад Норвегія, Люксембург, Швейцарія, а також США, Катар), навпаки, демонструють поліпшення доходів населення [8].

Наведені статистичні дані примушують шукати відповідь на питання, чому ситуація в Україні щодо скорочення середньої тривалості життя з огляду на зростання рівня освіти населення впродовж останніх десятиліть порушує загальносвітові закономірності.

Відповідь на це питання очевидна: недієвість і непослідовність у реалізації державної політики України в соціогуманітарній сфері, зокрема в освітній, з питань забезпечення умов та формування в населення, у молодого покоління грамотного ставлення до здоров'я, до можливих наслідків неправильної поведінки щодо його збереження. Проголошені завдання є неефективними та не дають бажаних результатів. Запропоновані заходи мають формальний характер і не забезпечують можливість досягнення проголошених цілей. До аналогічного висновку доходить за результатами свого дослідження і О.І.Шиян, яка зазначає, що “не сформульовано конкретні критерії, показники, характеристики, за якими можна оцінити ступінь забезпечення здорового способу життя молоді в освітній сфері. Деякі з проголошених політичних напрямів і завдань не знаходять належного підтвердження в нормативних документах практичного спрямування, що, очевидно, впливає на результативність державної політики з питань забезпечення здорового способу життя молоді України” [18, с. 143].

І дійсно, правове поле в Україні характеризується наявністю великої кількості документів, що стосуються впровадження, поширення через систему освіти так званого здорового способу життя серед молоді. Досліджуючи це питання, О.І.Шиян зазначає, що в період з 1991 по 2008 рр. було затверджено 107 таких документів [18, с. 142–143]: законів, указів Президента України, державних програм, постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства освіти і науки. Запроваджено нові навчальні предмети (валеологію, основи здоров'я), розроблено моделі шкіл, організація навчально-виховного процесу максимально орієнтована на формування у дітей свідомого ставлення до збереження та зміцнення власного здоров'я, опубліковано численні методичні матеріали для педагогів, соціальних працівників та посадових осіб системи державного управління освітою тощо. У чому ж причина постійного послаблення стану здоров'я дітей та підлітків в Україні й збільшення поширеності захворювань, що мають не лише генетичне, а й соціальне походження, у тому числі й поширення так званих шкідливих звичок серед молоді?

Причина, на наш погляд, криється у зниженні якості здобутої освіти, у її слабкій орієнтації на формування системних знань про організм людини та особливості його розвитку, особистісної відповідальності загалом та в питаннях збереження власного здоров'я зокрема, у зниженні загальної особистої культури поведінки, що автоматично відбивається також і на навичках особистої гігієни та санітарії, а значить поширенні різноманітних інфекційних хвороб. Проблеми низького соціально-економічного розвитку країни призвели до тривалого недофінансування системи освіти, зменшення середньої заробітної плати педагога порівняно із середнім рівнем зарплат в Україні. У безпосередньому зв'язку із названими чинниками перебуває і зменшення відповідальності за результати професійної праці викладача (вчителя), послаблення контрольної функції навчання, а отже, й зниження загального рівня підготовки учнів і студентів, погіршення якості освіти.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Застосування підходу до охоплення всіх етапів життя людини в контексті політики “Здоров’я–2020” в усіх сферах державного управління буде сприяти поліпшенню здоров’я та благополуччя людей і соціальної справедливості, а також сталому розвитку, інклюзивному зростанню та добробуту в усіх країнах.

Серед завдань, що постають перед державною політикою в Україні у сфері освіти й охорони здоров’я у зв’язку з необхідністю реалізації проголошених Мінською декларацією принципів, є такі:

- вивчення нових фактичних даних щодо впливу освітнього фактору на рівень здоров’я на різних етапах життя для різних поколінь;
- виявлення та аналіз наслідків фактичних даних для політики з охорони здоров’я і для всієї системи управління;
- застосування результатів досліджень під час вироблення політики у сфері освіти й охорони здоров’я, адаптованої до реальної ситуації та потреб країни;
- формування дієвого комплексного механізму міжсекторальної взаємодії для реалізації завдань державної політики щодо розвитку людини через освітню політику й політику у сфері охорони здоров’я.

Ураховуючи, що нинішні покоління ростуть і розвиваються в інформаційному суспільстві, де взаємопов’язані знання і технології, що сприяють співробітництву в різних сферах, доступні широкому колу людей, широко використовувати онлайн-технології для підвищення обізнаності населення з питань здоров’я, просвітницьких кампаній, наданні консультативних послуг тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Education index // Human Development Reports. 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//hdr.undp.org/en/content/education-index](http://hdr.undp.org/en/content/education-index).
2. Grossman M. On the concept of Health capital and the Demand for Health / M. Grossman // Journal of Political Economy. – 1971. – № 80/2. – P. 223–255.
3. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. – Paris, OECD publishing, 2015. – 200 p.
4. Human development report 2015. Work for Human Development. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2015_statistical_annex.pdf.
5. Marmot M. G. Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern? / M. G. Marmot, M. J. Shipley, G. Rose // The Lancet. – 1984. – P. 1003–1006.
6. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report / ed. Michael Marmot. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 188 p.; Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Исполнительное резюме. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2010. – 40 с.

7. *Valkonen T.* Adult Mortality and level of education: a comparison of six countries / T. Valkonen / *Health Inequalities in European Countries* /ed. Fox A. J. – Aldershot, England : Gower Publishing Co Ltd, 1989. – P. 142–162.
8. International Monetary Fund. Database updated on 14 April 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/weodata/weorept.aspx>
9. Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье–2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf.
10. Исследование: мужчины с высшим образованием живут на восемь лет дольше 26.11.2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.gazeta.ru/science/news/2015/11/26/n_7936169.shtml
11. Індекс розвитку людського потенціалу 2013 (рейтинг України) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://infolight.org.ua/content/indeks-rozvitku-lyudskogo-potencialu-2013-reyting-ukrayini>.
12. *Левчук Н. М.* Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні / Н. М. Левчук // *Демографія та соціальна економіка*. – 2007. – № 1.
13. *Лібанова Е.* Що може кожен зробити для себе і для суспільства? Шукати додаткову роботу [Електронний ресурс] / Е. Лібанова. – Режим доступу : <http://www.ukrinform.ua/rubric-economics/1996291-ella-libanova-akademik-direktor-institutu-demografii-ta-socialnih-doslidzen-nan-ukraini.html>.
14. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Российской Федерации 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/document/E88405r.pdf>. – Заголовок с экрана.
15. Тривалість життя українців рекордно скоротилася [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tsn.ua/ukrayina/trivalist-zhittya-ukrayinciv-rekordnoskorotilasya.html>.
16. Україна. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Держ. служба статистики України [та ін.]. – Київ : К.І.С., 2013. – 434 с.
17. Цілі розвитку тисячоліття. Україна: 2000–2015 [Електронний ресурс] : Національна доповідь. – Київ, 2015. – 125 с. – Режим доступу : http://www.un.org.ua/images/documents/3704/2015_MDGs_Ukraine_Report_ukr.pdf.
18. *Шиян О. І.* Державна освітня політика з питань забезпечення здорового способу життя молоді : монографія / О. І. Шиян. – Львів, 2010. – 296 с.
19. Як українцям жити довше [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.bbc.com/ukrainian/society/2015/07/150710_life_expectancy_uk.

REFERENCES

1. Education index. Human Development Reports. 2013. Available at: // hdr.undp.org/en/content/education-index.
2. Grossman M. On the concept of Health capital and the Demand for Health [Journal of Political Economy], 1971, vol. 80/2, pp. 223 – 255.
3. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. – Paris, OECD publishing, 2015, 200 p.
4. Human development report 2015. Work for Human Development. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2015_statistical_annex.pdf.

5. Marmot M. G. Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern? / M. G. Marmot, M. J. Shipley, G. Rose [The Lancet], 1984, pp. 1003-1006.
6. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report / ed. Michael Marmot. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 188 p.; Promezhutochnyj otchet o social'nyh determinantah i razlichijah po pokazateljam zdorov'ja v Evropejskom regione VOZ. Ispolnitel'noe rezjume. – Kopenhagen: ERB VOZ, 2010, 40 p.
7. Valkonen T. Adult Mortality and level of education: a comparison of six countries / T. Valkonen / Health Inequalities in European Countries /ed. Fox A. J. – Aldershot, England : Gower Publishing Co Ltd,1989, pp142-162.
8. World Economic Outlook Database, April 2015, International Monetary Fund. Database updated on 14 April 2015. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/weodata/weorept.aspx>
9. Venskaja deklaracyja o pytan'ny y neynfekcyonnyh zabolevanyjah v kontekste polytyky Zdorov'e – 2020. [Vienna Declaration on nutrition and non-communicable diseases in the context of Health]. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf.
10. Issledovanie: muzhchiny s vysshim obrazovaniem zhivut na vosem' let dol'she 26.11.2015.[Study: Men with higher education live eight years longer] Available at: http://www.gazeta.ru/science/news/2015/11/26/n_7936169.shtml
11. Indeks rozvytku ljuds'kogo potencialu 2013 (rejtyng Ukrai'ny). [Human Development Index 2013 (rating of Ukraine)]. Available at: <http://infolight.org.ua/content/indeks-rozvitku-lyudskogo-potencialu-2013-reyting-ukrayini>.
12. Levchuk N.M. Social'na dyferenciacija stanu zdorov'ja i smertnosti v Ukrai'ni [Demografija ta social'na ekonomika], 2007, vol.1. (in Ukraine)
13. Libanova Ella. Shho mozhe kozhen zrobyty dlja sebe i dlja suspil'stva? Shukaty dodatkovu robotu. [What everyone can do for themselves and for society? Find more work.] Available at: <http://www.ukrinform.ua/rubric-economics/1996291-ella-libanova-akademik-direktor-institutu-demografii-ta-socialnih-doslidzen-nan-ukraini.html>.
14. Obzornaja svodka o sostojanii zdorov'ja v Rossijskoj Federacii 2005. [Highlights on health status in the Russian Federation]. Available at: <http://www.euro.who.int/document/E88405r.pdf>. – Zagolovok s  krana.
15. Tryvalist' zhyttja ukrai'nciv rekordno skorotylasja. [Life expectancy has declined Ukrainian record] Available at: <http://tsn.ua/ukrayina/trivalist-zhittya-ukrayinciv-rekordno-skorotilasya.html>.
16. Ukrai'na. Mul'tyindykatorne klasterne obstezhennja domogospodarstv, 2012 [Ukraine. Multyindykatorne cluster household survey] / Derzh. sluzhba statystyky Ukrai'ny [ta in.], Kyiv, 2013. 434 p.
17. Cili rozvytku tysjacholittja. Ukrai'na: 2000–2015. Nacional'na dopovid'. [Millennium Development Goals. Ukraine: 2000-2015. National report]. – Kyiv, 2015. 125p. Available at: http://www.un.org.ua/images/documents/3704_/2015_MDGs_Ukraine_Report_ukr.pdf.
18. Shyjan O.I. Derzhavna osvittnja polityka z pytan' zabezpechennja zdorovogo sposobu zhyttja molodi. [State educational policy to support healthy lifestyles of young people], Lviv, 2010. 296 p.
19. Jak ukrai'ncjam zhyty dovshe. [As Ukrainian live longer]/ Available at: http://www.bbc.com/ukrainian/society/2015/07/150710_life_expectancy_ko.